

Partie 1 - Identification de l'assuré(e)

Section à remplir par la personne assurée

Nom :

Prénom :

N° de contrat : N° de certificat :

N° d'assurance sociale : Date de naissance :
année / mois / jour

Partie 2 - Déclaration du médecin traitant

À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient

Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire : _____

Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (joindre copie des résultats récents, radiographies, ECG ou autres tests et examens) :

Poids _____ lb kg taille _____ pi/po m/cm tension artérielle la plus récente : _____

Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : (L = léger, M = moyen, I = intense)

_____ L M I _____ L M I

_____ L M I _____ L M I

Traitement

Médicaments (nom, posologie) : _____

Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) : _____

Chirurgie (date, nature et intervention) : _____



Traitement (suite)

Hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

Consultation d'un spécialiste : Oui Non **dans l'affirmative annexe la copie**

Suivi et pronostic

Date de la première consultation : / / Prochaine consultation : / /
année / mois / jour

Tests et examens à venir, précisez : _____

Fréquence : _____

Orientation vers un spécialiste : Oui Non Nom du médecin : _____

Date prévue de consultation d'un spécialiste : / / Spécialité : _____
année / mois / jour

Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement

Évolution : progressive stable régressive

Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic. _____

Collaboration du patient à son traitement : excellente moyenne médiocre

Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail ? Oui Non

Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____

Indéterminée ou date de retour au travail : / /
année / mois / jour

Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? Nb de jours _____ Nb de semaines _____

À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

Questions spécifiques au contrat

Partie 3 - Identification du médecin

Nom et prénom : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Numéro de permis d'exercer : _____

Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

Signature : _____ Date : _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6